

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Por meio deste termo manifesto o desejo de submeter-me à cirurgia esterilizadora voluntária por meio de LAQUEADURA TUBÁRIA, por minha livre e espontânea vontade, e declaro para os devidos fins que:

Registrei expressa manifestação de vontade de esterilização voluntária, observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

Recebi informação detalhada dos benefícios da laqueadura tubária. A equipe de saúde multidisciplinar explicou sobre como funciona e de como é feita a laqueadura, e respondeu às perguntas que fiz de maneira que pude entender.

Estou ciente que é um procedimento cirúrgico considerado definitivo.

Tive conhecimento que existem outras opções de contracepção reversíveis e eficazes, como métodos de barreira, dispositivo intrauterino-DIU e métodos hormonais, bem como métodos de contracepção reversíveis para minha parceria, disponíveis gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Caso aplicável, também tive conhecimento que existe um método de contracepção definitivo para meu parceiro, a vasectomia, que é um procedimento mais simples e que não requer internação hospitalar.

Estou ciente que a laqueadura tubária não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST) e sobre a importância do uso dos preservativos, bem como onde são disponibilizados pelo SUS.

Recebi informação pela equipe de saúde multidisciplinar, detalhadamente e em mais de uma ocasião, sobre o risco de arrependimento, pois dependendo da situação pessoas que fazem laqueadura se arrependem de terem feito.

Sei que qualquer método contraceptivo, incluindo a laqueadura, tem chance de falha, e fui informado pela equipe de saúde sobre sua probabilidade.

Caso eu esteja gestando, recebi informação de que é possível colocar um DIU na mesma internação do parto normal ou da perda gestacional. Tive conhecimento que a cesárea nunca pode ter como indicação principal a realização da laqueadura. Caso haja indicação de realização de cesárea por motivos clínicos, a laqueadura pode ser realizada no mesmo ato cirúrgico.

Estou ciente que qualquer método contraceptivo, incluindo a laqueadura, tem chance de complicações. A equipe de saúde explicou quais são elas e a probabilidade estimada de cada uma. O risco de morte existe, porém, é muito baixo, e depende das condições de cada pessoa. Caso

aconteça alguma complicação e eu não estiver mais no estabelecimento de saúde, foi explicado e registrado por escrito qual lugar eu devo procurar.

Estou ciente que, mesmo após a assinatura deste termo, estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.

Outras observações: _____

Guanhães, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico

